HDC HOSPITAL DI CAMP ACOLHER CUIDAR CURAR	**RESUMO DE AGENDAMENTO (CIRURGIA ELETIVA)**	**Versão 03**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Paciente: _____
Convênio: _____
Nº da Carteirinha: _____
Acomodação: ☐ Apartamento ☐ Enfermaria ☐ CTI ☐ UCI
Número do pedido: _____ Data da Solicitação: _____/_____/_____

ANÁLISE
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Documentação Entregue em: _____/_____/_____

Autorizado em: _____/_____/_____

Agendado em: _____/_____/_____

_____

Assinatura

CHECKIST DE AGENDAMENTO		
SALA AGENDADA:		
OPME	SIM ( ) NÃO ( )	
ARCO EM C	SIM ( ) NÃO ( )	
VÍDEO	SIM ( ) NÃO ( )	
SANGUE	SIM ( ) NÃO ( )	
CTI	SIM ( ) NÃO ( )	
ANESTESIA	CASA ( ) EQUIPE ( )	
SECR. CIENTE	SIM ( ) NÃO ( )	
PAC. CIENTE	SIM ( ) NÃO ( )	

ANÁLISE